

Соглашение о предоставлении информации

В целях предотвращения распространения инфекционных желудочно-кишечных заболеваний работниками пищевой отрасли.

Цель данного соглашения: работники пищевой отрасли и лица, получившие приглашение на работу, обязаны информировать должностное лицо о наличии диагностированных желудочно-кишечных заболеваний или их симптомов, в целях своевременного принятия мер по предотвращению распространения инфекции через пищевые продукты.

Я согласен информировать должностное лицо, если имеются:

СИМПТОМЫ

1. Диарея
2. Высокая температура
3. Рвота
4. Желтуха
5. Воспаление горла, сопровождающееся температурой
6. Гнойное поражение тканей рук (например, фурункул или воспаленная рана, вне зависимости от размера)

ДИАГНОСТИРОВАННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Кишечные инфекции *Salmonella Typhi* (брюшной тиф), *Shigella spp.* (шигеллез, сальмонеллез), *Escherichia coli* O157:H7 [эшерихиоз, диарея], hepatitis A virus [гепатит А], *Entamoeba histolytica* [амебная дизентерия], *Campylobacter spp.* [кампилобактериоз, гастроэнтерит], *Vibrio cholera spp.* [холера], *Cryptosporidium parvum* [криптоспоридиоз], *Giardia lamblia* [лямблиоз, поражение двенадцатиперстной кишки], Hemolytic Uremic Syndrome [синдром гемолитической уремии], *Salmonella spp.* (паратиф), *Yersinia enterocolitica* [иерсиниоз, гастроэнтероколит], or *Cyclospora cayentanensis* [диарея].

ИСТОРИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Страдали ли вы когда-либо одним из перечисленных заболеваний? _____
Если да, то когда именно? _____

УСЛОВИЯ ПОВЫШЕННОГО РИСКА

1. Пребывание или подозрение на пребывание в районе подтвержденной вспышки тифа, шигеллеза, эшерихиоза или гепатита А
2. Член семьи, болеющий тифом, шигеллезом, эшерихиозом или гепатитом А
3. Член семьи, работающий или пребывающий в районе подтвержденной вспышки тифа, шигеллеза, эшерихиоза или гепатита А

Я прочел (или мне прочитали) вышеизложенное и осознал свою ответственность и необходимость предоставления информации о вышеперечисленных заболеваниях, симптомах заболеваний и условиях повышенного риска в соответствии с Положением о пищевой отрасли 105 CMR 590/1999 и данным соглашением. Я также понимаю, что в случае наличия у меня одного из вышеперечисленных заболеваний, симптомов или условий повышенного риска, мне предложат сменить работу или прекратить работу до тех пор, пока заболевание не будет излечено.

Я понимаю, что предоставление ложной информации по пунктам данного соглашения может повлечь за собой привлечение к уголовной ответственности, а также административные меры, ставящие под угрозу мою работу.

Работник или претендент на должность, имя (печатными буквами) _____

Работник или претендент на должность, подпись _____ Дата _____

Подпись владельца пищевого предприятия или его представителя _____ Дата _____

Данная форма разработана Управлением общественного питания штата Массачусетс и предлагается в качестве образца в целях соответствия требованиям 105 CMR и Положения о пищевой отрасли 590.003 2-201. Использование данной формы не является обязательным и не предусматривается законами штата. Дополнения внесены : 5/8/2001